

Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG

Stammdaten

Verfahrensnummer:	S20260001
Bezeichnung:	Klärung Kodierung und Abrechnung des OPS-8-98f.*
Kategorie Antragsteller:	Krankenhaus
Antragsteller:	KRH Klinikum Region Hannover

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

Beschreibung der Kodier- oder Abrechnungsfrage

Streitig ist die Kodierung des Prozedurenschlüssels 8-98f.*(Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung, Basisprozedur) bezüglich des Mindestmerkmal:

Ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) muss täglich mindestens eine Visite durchführen

Wenn unstrittig an einem Behandlungstag auf der Intensivstation keine Visite durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin erfolgt ist, stellt sich die Frage, ob lediglich die Aufwandspunkte für diesen konkreten Tag nicht berücksichtigt werden können oder ob der OPS 8-98f.* gesamthaft nicht abrechnungsfähig ist und gegen den OPS 8-980.* (Intensivmedizinische Komplexbehandlung, Basisprozedur) auszutauschen ist, sofern auch dieser für die Intensivstation strukturgeprüft ist. Uns liegen Gutachten des Medizinischen Dienstes vor, denen sich die Kostenträger in ihren Leistungsentscheiden anschließen, in denen der OPS 8-98.f* in toto als nicht dokumentierbar gestrichen wird, sofern nur ein Tag mit fehlender dokumentierter Visite eines Intensivmediziners vorliegt. Da unsere betroffenen Intensivstationen auch über OPS-Strukturprüfungen des OPS 8-980.* verfügen, fallen Behandlungsfällen nach Auffassung der Gutachter in diesen zurück.

Erläuterung:

Der OPS 8-98f.* unterscheidet Struktur- und Mindestmerkmale und differenziert nach Aufwandspunkten:

Strukturmerkmale:

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt
- Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft
- Ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) muss werktags zwischen 6 und 22 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein. Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden
- 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:
 - Apparative Beatmung
 - Nicht invasives und invasives Monitoring
 - Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren
 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems
 - Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

- Transösophageale Echokardiographie
- 24-stündige Verfügbarkeit von 3 der folgenden 4 Verfahren am Standort des Krankenhauses:
 - Radiologische Diagnostik mittels CT und MRT
 - Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA
 - Interventionelle (Neuro)Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen
 - Laborleistungen (z.B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat, Differenzialblutbild, Gerinnung, Retentionswerte, Enzyme, Entzündungsparameter auch Procalcitonin, Tox-Screen). Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
- Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste (krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) verfügbar: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie
- Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie

Mindestmerkmale:

- kontinuierliche, 24-stündige Überwachung
- Ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) muss täglich mindestens eine Visite durchführen

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation.

Diese Codes sind für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben:

- 8-98f.0 1 bis 184 Aufwandspunkte
- 8-98f.1 185 bis 552 Aufwandspunkte
- (...)
- 8-98f.e 16.561 bis 19.320 Aufwandspunkte
- 8-98f.f 19.321 oder mehr Aufwandspunkte

Problembeschreibung

Das Mindestmerkmal lautet:

„Ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) muss täglich mindestens eine Visite durchführen.“

Der OPS-Fünfsteller des OPS 8-98f* hängt von der Summe der täglichen Aufwandspunkte ab. Diese Punkte dienen in der Intensivmedizin dazu, den Schweregrad einer Erkrankung (SAPS) sowie den täglichen Pflege- und Therapieaufwand (TISS) schwerkranker Patienten objektiv zu quantifizieren und zu dokumentieren. Die Erfassung erfolgt täglich, um den intensivmedizinischen Ressourcenverbrauch darzustellen. Dieser entfällt nicht dadurch, dass an einem isolierten Behandlungstag während des Intensivaufenthaltes die Visite durch einen Intensivmediziner nicht dokumentiert wurde.

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

Die Streichung von Punkten ist sachgerecht, denn sie erkennt an, dass die Leistung an den anderen Tagen korrekt erbracht und dokumentiert wurde, berücksichtigt aber gleichzeitig den Dokumentationsmangel an dem strittigen Tag.

Im Vergleich hierzu ist das „Alles-oder-Nichts“ Prinzip nicht gerechtfertigt. Ein Wechsel auf den niedriger bewerteten OPS 8-980.* ist nicht sachgerecht. Eine tageweise Betrachtung und Sequenzierung in Teilzeiträume darf vorgenommen werden.

Es gibt keinen rechtfertigenden Grund, bei fehlendem Visiten-Eintrag an nur einem Tag einer sich über einen langen Zeitraum erstreckenden stationären Behandlung, den OPS 8-98f* gänzlich entfallen zu lassen und einen Austausch gegen den Code 8-980* vorzunehmen. Die fehlende Visite führt nicht dazu, dass die Behandlung keine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung mehr ist.

Die vorzunehmende tägliche Zählung von SAPS/TESS wäre nicht erklärlich. Dafür sprechen auch die Klarstellungen zum OPS, wie die TISS-/SAPS-Punkte zu errechnen sind. Daraus wird ersichtlich, dass nur die Punkte zu erfassen sind, die sich aus der dort niedergelegten Tabelle ergeben und nur die jeweils schlechtesten Werte innerhalb der vergangenen 24 Stunden erfasst werden. Auch die kleinschrittige Unterteilung der Aufwandspunkte im Code 8-98f* spricht für die tageweise Betrachtung und Berechnung der Punkte.

Es sind somit nur die Tage, an denen das Mindestmerkmal nicht erfüllt ist, nicht für die Zählung der Aufwandspunkte der „aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ heranzuziehen. Hingegen sind für die Belegungstage, an denen alle Mindestmerkmale erfüllt sind, die Punkte für die „aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ zu berücksichtigen. Es verbleibt bei der Kodierung und Abrechnung des OPS 8-98f*. Ein Austausch gegen den Code 8-980 * ist nicht vorzunehmen.

Möglichkeit zur Angabe des/der strittigen Kodes/Kodekombinationen

OPS 8-98f.*

Betroffene DRGs/PEPP/ZE/ET

präMDC A06* bis A13* (durch direkte Wirkung der Aufwandspunkte)

DRG mit Nomenklatur „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ (z.B. E36Z)

unbekannte Anzahl weiterer DRG (z.B. E77*, T60*) wegen Wirkung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung als „komplizierende Prozedur“

Welche Regelwerke sind betroffen (DKR, Abrechnungsbestimmungen etc.)

Die gelten die Merkmale des OPS 8-98f.* entsprechend der Veröffentlichung des BfArM in der jeweils gültigen Version.

Es finden sich zum Sachverhalt keine Regelungen in den Deutschen Kodierrichtlinien.

Position und Benennung der Gegenseite

Wer vertritt die Position der Gegenseite?

Kostenträger, Medizinischer Dienst (MD)

Sachverhaltsdarstellung der Gegenposition

Der Medizinische Dienst und die Kostenträger vertreten z.T. die Rechtsauffassung, dass das Fehlen des Mindestmerkmals „dokumentierte tägliche Visite eines Intensivmediziners“ an einem Tag die Abrechnungsfähigkeit des OPS 8-98f.*

Position und Benennung der Gegenseite

(aufwendige komplexe intensivmedizinische Komplexbehandlung, Basisprozedur) gesamthaft zu Fall bringt.

Fehle auch nur an einem Tag innerhalb des gesamten Behandlungszeitraums das Ereignis der täglichen Visite, entfalle der OPS-Kode 8-98f.* und es könne allenfalls der OPS 8-980.* (intensivmedizinische Komplexbehandlung, Basisprozedur) zur Abrechnung kommen. Die aufwendige komplexe intensivmedizinische Komplexbehandlung im Sinne des OPS 8-98f* verliere durch eine nicht dokumentierte Visite eines Intensivmediziners ihr Gepräge als Komplexbehandlung.

Diese Rechtsauffassung wird nicht von allen Gutachtern des Medizinischen Dienstes geteilt. In anderen Behandlungsfällen wurden lediglich die SAPS-/TISS-Punkte der intensivmedizinischen Behandlungstage nicht bewertet, an denen die Dokumentation einer Visite eines Intensivmediziners fehlte.

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

Inwiefern handelt es sich um eine streitige Kodier- oder Abrechnungsfrage?

Beispielhaft seien drei Behandlungsfälle aus dem Reklamationsverfahren aufgezeigt:

1. Abgerechnet: DRG E36Z (36897,41 €) ; Leitungsentscheid: DRG A13E (minus 8323,34 €)

2. Abgerechnet: DRG E77Z (14271,81 €) ; Leitungsentscheid: DRG E79C (minus 4686,55 €)

3. Abgerechnet: DRG T60C (12477,19 €) ; Leitungsentscheid: DRG T60E (minus 5620,03 €)

Dadurch wird verständlich, dass eine Vielzahl von unterschiedlichen DRG betroffen ist und es sich jeweils um hohe Streitwerte zum ökonomischen Nachteil der Krankenhäuser handelt.

Wir gehen davon aus, dass zahlreiche Krankenhäuser in unterschiedlichen Bundesländern von diesen Auslegungen der Medizinischen Dienste und den resultierenden Leistungsentscheiden der Kostenträger betroffen sind.

Inwiefern ist die Kodier- oder Abrechnungsfrage abstrakt und nicht einzelfallbezogen?

Es handelt sich um eine generelle Fragestellung, ob das Mindestmerkmal

Ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) muss täglich mindestens eine Visite durchführen

des OPS 8-98f.*(Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung, Basisprozedur) bei Nicht-Erfüllung an einem Behandlungstag lediglich für diesen konkreten Tag bezüglich der Zählung der Aufwandspunkte nicht berücksichtigt wird oder ob der OPS 8-98f.* damit gesamthaft nicht abrechnungsfähig ist.

Inwiefern ist es über die Frage wiederholt zu Konflikten in der Abrechnung gekommen?

Durch die Bewertung des Medizinischen Dienstes, dass das Fehlen des Mindestmerkmals „dokumentierte tägliche Visite eines Intensivmediziners“ an einem Tag die Abrechnungsfähigkeit des OPS 8-98f.* (aufwendige komplexe intensivmedizinische Komplexbehandlung, Basisprozedur) gesamthaft zu Fall bringt resultierten mehrfach

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

negative leistungsrechtliche Entscheide der Kostenträger.
Auch in den sich anschließenden Widerspruchs- und Erörterungsverfahren konnte kein Konsens erzielt werden, was zu sozialgerichtlichen Klagen führte.
Das Bundessozialgericht verweist bei originären Kodieranfragen an die Zuständigkeit des Schlichtungsausschusses Bund.

Inwiefern ist die Frage abrechnungs- oder potentiell entgelrelevant?

Es sind unterschiedliche präMDC, DRG mit Nomenklatur „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ und eine unbekannte Anzahl weiterer DRG wegen der Wirkung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung als „komplizierende Prozedur“ betroffen.

Die resultierenden hohen Streitwerte sind ein schwerwiegendes ökonomisches Problem für die Krankenhäuser, da die Kosten für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung damit nicht mehr refinanziert sind.

Inwiefern ist keine anderweitige originäre Zuständigkeit für die Klärung der Frage gegeben (z.B. Vorschlagsverfahren InEK, Weiterentwicklung des OPS-Katalogs und ICD-Katalogs, G-BA)?

Das Bundessozialgericht verwies am 12.06.2025 (B 1 KR 57/24 B) in diesem Kontext (Auslegung des OPS 8-98f) auf die seit dem 01.01.2020 geltende Regelung des § 19 KHG über den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene hin. Insbesondere bei Kodierfragen, die im Rahmen des lernenden Systems ohnehin von den Vertragsparteien jedes Jahr selbst beantwortet werden können, seien grundlegende Interessen nur selten anzunehmen. Einzelne Kodier- und Abrechnungsfragen hätten nur in Ausnahmefällen eine grundlegende und allgemeine Bedeutung. Vorrangig sei hier der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG zur Entscheidung berufen. Dieser biete unter anderem sämtlichen Krankenhäusern und Krankenkassen die Möglichkeit, Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Zukunft verbindlich klären zu lassen. Die Anrufung des Schlichtungsausschusses stelle insofern ein vom Gesetzgeber speziell für diese Zwecke geschaffenes Verfahren dar, dass es (auch) einzelnen Krankenhäusern und Krankenkassen ermögliche, Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung unter Beteiligung der für die Regelungen verantwortlichen Institutionen schnell und verbindlich gegebenenfalls auch gerichtlich klären zu lassen. Vor diesem Hintergrund bestehe in einem einzelnen Abrechnungsstreit ein höchstrichterlicher Klärungsbedarf in Bezug auf die von § 19 KHG erfassten Kodier- und Abrechnungsfragen im Regelfall auch dann, wenn eine Klärung der konkreten Frage durch den Schlichtungsausschuss auf Bundesebene nicht möglich oder trotz ordnungsgemäßer Anrufung nicht erfolgt sei. Die im konkreten Verfahren vor dem Bundessozialgericht formulierten Rechtsfragen hatten nach Auffassung des BSG keine grundsätzliche Bedeutung. Sie betrafen allein die Auslegung des OPS 8-98f und warfen darüberhinausgehende strukturelle Fragen des Vergütungssystems nicht auf. Allein der Umstand, dass sich in anderen Komplexcodes gleich oder ähnlich lautende Bestimmungen wiederfinden und dass im Rahmen der Auslegung von Vergütungsbestimmungen ergänzend auch systematische Auslegungserwägungen herangezogen können, genügten aus Sicht des BSG nicht. Die vom (dortigen) Krankenhaus aufgeworfenen Fragen seien vielmehr gerade solche, die auf eine Fortentwicklung des Vergütungsbestandteils angelegt seien, indem sie letztlich auf eine andere Bewertung des geleisteten Aufwands abzielen. Sie fielen damit (auch) in die Zuständigkeit des Schlichtungsausschusses.

Inwiefern ist die Frage bislang ungeregelt oder werden getroffene Regelungen unterschiedlich angewendet?

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

Der Medizinische Dienst und die Kostenträger vertreten z.T. die Rechtsauffassung, dass das Fehlen des Mindestmerkmals „dokumentierte tägliche Visite eines Intensivmediziners“ an einem Tag die Abrechnungsfähigkeit des OPS 8-98f.* (aufwendige komplexe intensivmedizinische Komplexbehandlung, Basisprozedur) gesamthaft zu Fall bringt.

Diese Rechtsauffassung wird nicht von allen Gutachtern des Medizinischen Dienstes geteilt. In anderen Behandlungsfällen wurden lediglich die SAPS-/TISS-Punkte der intensivmedizinischen Behandlungstage nicht bewertet, an denen die Dokumentation einer Visite eines Intensivmediziners fehlte.

Durch die Bewertung des Medizinischen Dienstes, dass das Fehlen des Mindestmerkmals „dokumentierte tägliche Visite eines Intensivmediziners“ an einem Tag die Abrechnungsfähigkeit des OPS 8-98f.* (aufwendige komplexe intensivmedizinische Komplexbehandlung, Basisprozedur) gesamthaft zu Fall bringt resultierten mehrfach negative leistungsrechtliche Entscheide der Kostenträger. Auch in den sich anschließenden Widerspruchs- und Erörterungsverfahren konnte kein Konsens erzielt werden, was zu sozialgerichtlichen Klagen führte.

Die Sozialgerichte verweisen bei einer originären Kodierfrage mit Hinweis auf BSG B1 KR 57/24 vom 12.06.2025 an die Zuständigkeit des Schlichtungsausschusses Bund.

Inwiefern kann die Frage durch die Vertragsparteien geregelt werden?

Die Vertragsparteien können unmissverständlich klarstellen, dass bei fehlender Dokumentation einer Visite eines Intensivmediziners nur die Tage, an denen das Mindestmerkmal nicht erfüllt ist, nicht für die Zählung der Aufwandspunkte der „aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ heranzuziehen sind. Hingegen sind für Belegungstage, an denen alle Mindestmerkmale erfüllt sind, die Punkte für die „aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ zu berücksichtigen. Es verbleibt bei der Kodierung und Abrechnung des OPS 8-98f.*. Eine Streichung des OPS oder der Austausch gegen den Code 8-980. * ist nicht sachgerecht.

Hintergrund

Es handelt sich um einen Rechtsstreit

Ja

SG Hannover, Az. S 86 KR 666/25 KH
SG Hannover, Az. S 86 KR 665/25 KH

Geben Sie bitte hier an, ob bereits Schritte zur Klärung des Sachverhaltes unternommen wurden und welche dies sind.

Nein

Von Krankenhausseite können keine rechtlichen Schritte zur Klärung des Sachverhalt eingeleitet werden, da das Klagerecht in stationären Behandlungsfälle aufgrund der gesetzlichen Regelungen alleinig den Kostenträgern obliegt.

Regelungsvorschlag mit Begründung

Regelungsvorschlag

Bei fehlender Dokumentation des Mindestmerkmal „Ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) muss täglich mindestens eine Visite durchführen“ des OPS 8-98f.*(Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung, Basisprozedur) werden nur die Behandlungstage, an denen das Mindestmerkmal nicht erfüllt ist, nicht für die Zählung der Aufwandspunkte herangezogen. Hingegen sind für

Regelungsvorschlag mit Begründung

Belegungstage, an denen alle Mindestmerkmale erfüllt sind, die Punkte für die „aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ zu berücksichtigen. Es verbleibt bei der Kodierung und Abrechnung des OPS 8-98f.*.

Begründung

Der OPS-Fünfsteller des OPS 8-98f.* hängt von der Summe der täglichen Aufwandspunkte ab. Diese Punkte dienen in der Intensivmedizin dazu, den Schweregrad einer Erkrankung (SAPS) sowie den täglichen Pflege- und Therapieaufwand (TISS) schwerkranker Patienten objektiv zu quantifizieren und zu dokumentieren. Die Erfassung erfolgt täglich, um den intensivmedizinischen Ressourcenverbrauch darzustellen. Dieser entfällt nicht dadurch, dass an einem isolierten Behandlungstag während des Intensivaufenthaltes die Visite durch einen Intensivmediziner nicht dokumentiert wurde. Die Streichung von Punkten ist sachgerecht, denn sie erkennt an, dass die Leistung an den anderen Tagen korrekt erbracht und dokumentiert wurde, berücksichtigt aber gleichzeitig den Dokumentationsmangel an dem strittigen Tag. Im Vergleich hierzu ist das „Alles-oder-Nichts“ Prinzip nicht gerechtfertigt. Ein Wechsel auf den niedriger bewerteten OPS 8-980.* ist nicht sachgerecht. Eine tageweise Betrachtung und Sequenzierung in Teilzeiträume darf vorgenommen werden. Es gibt keinen rechtfertigenden Grund, bei fehlendem Visiten-Eintrag an nur einem Tag einer sich über einen langen Zeitraum erstreckenden stationären Behandlung, den OPS 8-98f.* gänzlich entfallen zu lassen oder einen Austausch gegen den Code 8-980.* vorzunehmen. Die fehlende Visite führt nicht dazu, dass die Behandlung keine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung mehr ist. Die vorzunehmende tägliche Zählung von SAPS/TISS wäre nicht erklärlich. Dafür sprechen auch die Klarstellungen zum OPS, wie die TISS-/SAPS-Punkte zu errechnen sind. Daraus wird ersichtlich, dass nur die Punkte zu erfassen sind, die sich aus der dort niedergelegten Tabelle ergeben und nur die jeweils schlechtesten Werte innerhalb der vergangenen 24 Stunden erfasst werden. Auch die kleinschrittige Unterteilung der Aufwandspunkte im Code 8-98f* spricht für die tageweise Betrachtung und Berechnung der Punkte.